ROK III

№ 1—2.

STYCZEŃ 1928 LUTY

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

REDAKTOR:
LEKARZ-DENTYSTA S. SOKALSKI

WYDAWCA:
SKŁAD MATERJAŁÓW I PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH
CH. OGÓLNIK

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
CH. OGÓLNIK, ŁÓDŹ
PIOTRKOWSKA 23 ✠ TELEFON № 23-73

27, 28, 29 MAJA ODBĘDZIE SIĘ W KRAKOWIE II POLSKI ZJAZD STOMATOL.

IDEAL
DENCOFORM ZĘBY

reprodukujące piękno najwyborniejszych typów natury.

"IDEAL DENCOFORM ZĘBY"

mają zlutowane zaczepki i są zrobione z nieplamistej, gęstej, wysokiego gatunku porcelany. Zaczepki grubo pokryte są złotem i bezpiecznie przymocowane do porcelany.



Inne zalety tych zębów są:
piękność i trwałość porcelany, która również może być krajaną, szlifowaną i nadaje się do polerowania.

FABRYKANCI:

THE DENTAL MANUFACTURING Co., LTD., ALSTON HOUSE, NEWMAN STREET, LONDON W. 1.

TAK?



ŻĄDAĆ WSZĘDZIE

"SOLILA"



CZY TAK?

OSTATNIE NOWOŚCI



ASEPKO-PODGŁÓWEK

D. R. G. M.

Jedyny aseptyczny, dający się łatwo myć i zmieniać

PODGŁÓWEK
Z MLECZNO-BIAŁEGO CELULOIDU

Papiery ochronne zbyteczne!
Wycieranie płatkiem wystarcza do osiągnięcia aseptyki!



ASEPTAR-PODPÓRKI

D. R. G. M.

Z MLECZNO-BIAŁEGO CELULOIDU

Dają się łatwo myć, są czyste, aseptyczne, eleganckie.
Dają się umocować do każdego krzesła operacyjnego.
Wiele tysięcy w użyciu.
Liczne wyrazy uznania pierwszorzędnych powag.

Do nabycia we wszystkich lepszych składach dentystycznych!

ROK III № 1—2

STYCZEŃ 1928 LUTY

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM DENTYSTYKI

*

Redaktor: Lekarz-Dentysta S. Sokalski. Łódź, Andrzeja № 4. Telefon № 54-12
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik. Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

ZAKŁ. GRAF.
FILIPA GRAPOWA
ŁÓDŹ, GDAŃSKA 87

PRZYPADEK JEDNOSTRONNEGO ZWICHNIĘCIA ŻUCHWY.

DR. MED. H. LAJCHTER (ŁÓDŹ)

D. 26. X. 27 r. zgłosiła się do mnie pacjentka J. B., lat około 30-tu, z zapaleniem okostnej żuchwy strony prawej, pochodzącem od dolnego prawego kła, zatrzymanego prawie w całości w żuchwie; widoczną była po stronie językowej tylko jedna powierzchnia korony. W znieczuleniu przewodowem (do foramen mentale i n. lingualis) dokonałem wyjęcia zęba, poczem założyłem sączek z gazy jodoformowej do rany poekstrakcyjnej na 24 godziny. Nazajutrz sączek został usunięty. Pacjentka czuła się dobrze. Nie było obrzęku; chora narzekała jedynie na to, że część żuchwy jest jeszcze „zdrętwiałą".

D. 5. XI. a więc po 9-ciu dniach po ekstrakcji pacjentka zgłasza się ponownie i skarży się, że jakoby od czasu dokonania przeze mnie zabiegu „coś się z ustami porobiło", na co dopiero kilka dni temu zwróciła uwagę, gdy „zdrętwienie" po znieczulających zastrzyknięciach minęło zupełnie. Przy badaniu okazało się, że pacjentka ma usta wpółotwarte, żuchwa jakby wykrzywiona, przesunięta w stronę lewą; zamykanie ust utrudnione i bolesne. W okolicy stawu żuchwowego prawego wyczuwa się dotykiem przy otwieraniu ust wyrostek stawowy żuchwy w postaci główki (processus condyloideus), która opuszcza się ku dołowi, wychodząc ze swego stawu żuchwowego o 2—3 cm. Wtedy to żuchwa cała przesuwa się w stronę lewą. Wykonanie ruchu tego (otwarcia ust) jest połączone z bólami w okolicy stawu prawego Z chwilą jednak ustawienia się główki stawowej w tym fałszywem położeniu — pacjentka niema bólów, nie może natomiast sama ust zamknąć. Można jej w tem dopomóc, ciągnąc żuchwę przy użyciu siły dość znacznej trochę ku tyłowi i w stronę prawą Przy ponownej próbie otwarcia ust powtarza się to zwichnięcie jednostronne z przesunięciem żuchwy w lewą stronę. Mówienie i żucie są w dużym stopniu utrudnione a nawet uniemożliwione. — Pacjentka przypisuje wszystko „zdrętwiającemu" zastrzyknięciu

Nałożyłem chorej bandaż. nie pozwalający na szerokie otwieranie ust, i poleciłem jej, by w ciągu kilka dni starała się jak najmniej usta otwierać, w razie zaś konieczności rozchylać je minimalnie. Potrawy zaleciłem wyłącznie płynne.

Po kilku dniach nie zauważyłem najmniejszej poprawy. Pacjentka rozpaczała, przypuszczając, iż tego „kalectwa", jak się wyrażała, nie da się więcej naprawić. Zaproponowałem więc

wykonanie protezy, którąby nie pozwalała na wydatne ruchy żuchwy; zaznaczyłem jednakowoż, że będzie to tylko próba. Pacjentka, nie wierząc w możliwość poprawy, postanowiła poradzić się kilku chirurgów.

Zgłosiła się do mnie dopiero po 2 tygodniach (d. 23. XI,)- oświadczając, iż była u wielu lekarzy, którzy jej nic poradzić nie mogli. Ponieważ stan pacjentki był bez zmiany, ponowiłem propozycję sporządzenia próbnej protezy. Tym razem chora zrezygnowana zgodziła się. Po kilku dniach proteza została wykonana w myśl moich wskazówek.



Jak widzimy na załączonej fotografji tej protezy — szyny t. zw. „lingualnej" z „płaszczyzną pochyłą" (schiefe Ebene), jest to kauczukowa płyta, obejmująca zęby żuchwy ze strony wargowo-policzkowej oraz językowej. Po stronie prawej w okolicy przedtrzonowców i trzonowców wznosi się pionowa ścianka z randolfu, stanowiąca jakby dalszy ciąg ściany policzkowej protezy. Jest to t. zw. płaszczyzna pochyła (schiefe Ebene), której przypada najważniejsze zadanie. Mianowicie, przy zamykaniu ust opiera się ona o policzkowe powierzchnie górnych zębów trzonowych czyli o rozległą powierzchnię górnej szczęki i nie pozwala żuchwie na wysuwanie się w stronę przeciwną, zmuszając do pozostawania w prawidłowej okluzji. Tak samo przy niezbyt szerokiem otwieraniu ust (poleciłem pacjentce nadal możliwie mało i nieszeroko otwierać usta) ściana ta jest mocną przeszkodą do odchylania się i „wykrzywiania" żuchwy.

Chora otrzymała polecenie (po włożeniu tej szyny — protezy) ćwiczenia się w otwieraniu i zamykaniu ust — początkowo naturalnie, przy nieznacznem odchylaniu szczęk.

Po 2 dniach pacjentka zgłosiła się, zupełnie zdrowa prosząc by ją uwolnić od noszenia już niepotrzebnej protezy, na co się zgodzić nie chciałem w obawie przed wznową, jednak już po tygodniu nie było potrzeby noszenia tego aparatu. Otwieranie i zamykanie ust odbywa się zupełnie prawidłowo.

O ŁAGODZENIU BÓLU PRZED I PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH W JAMIE USTNEJ

G. BLESSING

(Deutsche Monat. für Zahnheilkunde. Heft 4. 1927).

Dążenie do złagodzenia bólu w dobie obecnej, w dobie subtelnej kultury i wysubtelnionego życia uczuciowego stało się powszechnem, dlatego też sprawa skutecznego ukojenia bólu i podczas drobniejszych zabiegów w naszej praktyce spotkała się z ogólnem żywem zainteresowaniem. Przyznać należy, iż wielu naszych pacjentów uważa ból podczas zabiegów dentystycznych za naturalny, aczkolwiek przykry i nieunikniony dodatek; natomiast coraz liczniejszą grupę stanowią pacjenci wrażliwi, mniej lub więcej anormalnie dysponowani psychicznie, dla których pójście do lekarza-dentysty jest połączone z przerażliwem uczuciem strachu. U wrażliwych neurastenicznych kobiet dłużej trwający bolesny zabieg wywołuje nieraz długotrwały nerwowy stan wyczerpania Mimo to poszlibyśmy za daleko, gdybyśmy wymagali w każdym przypadku zwykłego lub dłużej trwającego zabiegu ukojenia bólu. Nawiązując do tego, nie mogę się zgodzić z Kantorowiczem (Die Schmerzverhütung. Handbuch d. Zanheilk. Bd. 9),który oświadcza, że obecnie bez 4% rozczynu nowokainy nie mógłby wypełnić zęba.

Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz, jeśli dokonujemy faktycznie bolesnych zabiegów; w tym wypadku powinniśmy uczynić wszystko, co czynić można. Otóż od lekarza-dentysty przeważnie żąda się tego; zdarza się często, że jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu pacjenci proszą o podanie lub zastosowanie tego albo innego środka znieczulającego (o którym słyszeli skądinąd tak dużo!), a to w tym celu, by uczynić siebie mniej wrażliwymi na ból.

Celem zwalczania bólu w zakresie naszej dziedziny proponowano liczne metody ze skutecznem działaniem poczęści miejscowem, poczęści zaś ogólnem. Miejscowe środki kojące bóle a podawane i stosowane przez samych pacjentów (wata, krople chloroformowe i liczne środki o składzie nieznanym) nigdy nie doznawały aprobaty naukowo pracującego lekarza-dentysty; otóż

i pacjenci, którzy używali owych środków przed pójściem do nas, przyszli do przekonania, że środki te są bezwartościowe.

Ilość środków „wewnętrznych” do opanowywania bólu jest bardzo wielką a zestawione są one bądź co bądź na podstawach naukowych; brak jednak preparatów, które łączyłyby skuteczne działanie z niejadowitością i byłyby dobrze znoszone przez organizm. Często spotykamy preparaty o świetnem działaniu łagodzącem, natomiast ich jadowitość lub niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się nie pozwalają na stosowanie tych leków. Chirurgom, którzy codziennie spotykają się z zadaniem ukojenia silnych bólów, nie pozostaje nic innego, jak zwrócenie się do morfiny; łatwo zrozumieć, jakiemi to grozi skutkami. Jeśli chirurg nie może całkowicie wyrugować morfiny, to jasnem jest, że w naszym skarbcu leczniczym nie może być miejsca dla morfiny. Powinniśmy rozglądnąć się za niewinnemi środkami uspokajającemi, zapomocą których potrafimy zapewnić dobre wyniki, nigdy zaś — zaszkodzić. Nic oczywiście dziwnego w tem, że chętnie poszukujemy nowych preparatów i gorliwie przeprowadzamy próby kliniczne. Od dłuższego czasu byliśmy proszeni przez firmę I. G Farbenindustrie A. G. Leverkusen o wypróbowanie środka kojącego, który łączy w sobie cząstki składników nasennego i przeciwnewralgicznego. Pomysł kombinacji środków uspokajających i antinewralgicznych uskuteczniony został już niejednokrotnie z dobrym wynikiem. Powiodło się w ten sposób stworzenie preparatu mniej jadowitego i silniejszego pod względem działania — dzięki określonemu dawkowaniu, które wzmaga siłę pobudzającego efektu składnika antinewralgicznego i zmniejsza w ten sposób narkotyczne działanie składnika nasennego.

Niektóre preparaty podług tego systemu złożone nie zadowoliły naszych wymagań ze względu na jadowitość, która występowała na plan pierwszy przy dłuższem podawaniu i wywoływała niepożądane objawy uboczne. Firma I. G. Farbenindustrie A. G. Leverkusen celem całkowitego wyrównania przeciwieństw działania składników antinewralgicznych i nasennych połączyła je w jednej cząsteczce.

Stosunek chemicznej jedności cząstkowej w tym nowym środku, który nosi nazwę Compralu, jest ściśle udowodniony. Pfeiffer (Pharm. Zeit. 1926. № 19) dowiódł, że w Compralu Voluntal i Pyramidon są związane w równocząstkowym stosunku 1:1. Substancja ta krystalizuje się w postaci igieł bezbarwnych, które pod drobnowidzem robią wrażenie nawskroś jednolitych.

Punkt topliwości leży wyraźnie przy $^{75}/_{76}{}^{0}$ a jest to najlepszym dowodem cząstkowego charakteru preparatu, gdyż Voluntal topi się przy $^{63}/_{64}{}^{0}$ a Pyramidon przy $^{106}/_{107}{}^{0}$.

Doświadczenia farmakologiczne, przeprowadzone w instytucie farmakologicznym wspomnianej firmy, miały na celu ustalenie uspokajającego ew. nasennego działania preparatu. Ciepłota

ciała u kotów po podaniu per os dawki 0,05 — 0,2 gr. na kilo wagi ciała została wydatnie obniżoną. Nasenne działanie Compralu jest wyjątkowo słabe i uwydatnia się wogóle po podawaniu dawek terapeutycznie nie wchodzących w rachubę. Króliki zasypiały tylko po podaniu wysokiej dawki 0,075 pro kilo wagi ciała, przyczem sen był bardzo powierzchowny a po upływie 2 godzin wszelkie działanie nasenne wogóle ustępowało. Natomiast dawki 0,05 — 0,2 gr., które poza tem nie wywoływały najmniejszego wpływu na zwierzęta, działały wyraźnie uspakajająco lub kojąco. Wrażliwość na bóle uderzająco zmalała. Doświadczenia na kotach i królikach wykazały przekonywająco, że nawet przy większych dawkach występuje najprzód działanie kojące, wyprzedzając objawy efektu nasennego. Preparat ten znosiły zwierzęta również w wysokich dawkach bardzo dobrze.

Pierwszej próby klinicznej dokonał ginekolog Saenger (Dtsch. med. Wochenschr. 1926. № 13) w Monachijskiej klinice dla kobiet. Saenger wypróbował Compral przedewszystkiem na pacjentkach, które przedtem nie doznawały ulgi w cierpieniach pomimo stosowania środków uspakajających, szczególnie przy zbyt obfitem krwawieniu podczas miesiączkowania. W tych przypadkach szczególnie ciężkich Compral zwyciężył wszystkie dotychczasowe środki uspakajające. Bóle, związane z zaburzeniami w procesie miesiączkowania, ustępowały we wszystkich przypadkach bardzo szybko. Co najważniejsze, poprawił się stan psychiczny pacjentek, które znajdowały się stale w stanie depresji. U pewnej 29 letniej kobiety o wybujałej uterus duplex, cierpiącej na ciężkie zaburzenia miesiączkowania, Compral o tyle złagodził bóle, że planowane całkowite wyłuszczenie okazało się zbytecznem. Również w akuszeryjnej praktyce osiągnięto opanowanie bólów w pierwszych dniach po porodzie. To dodatnie działanie preparatu skłoniło Saengera do stosowania Compralu jako środka zapobiegawczego przeciw bólom następowym przy operacjach ginekologicznych. Istotnie Compral uszczuplił do minimum ciężkie bóle pooperacyjne.

Wkrótce po Saengerze komunikuje Jaeger (Zentralbl. f. Gynäkol. 1926. № 26. S. 1728) o swoich dodatnich wynikach przy stosowaniu Compralu w akuszerji. Dolegliwości porodowe, które szczególnie nawiedzają położnice, rodzące już nie po raz pierwszy, zostały szybko opanowane przez Compral. Przy gwałtownych bólach dysmenorrojnych preparat ten okazał się wprost specyficznym środkiem. Niektóre tylko pacjentki, zmuszone wskutek warunków socjalnych do rozpoczęcia pracy zbyt wcześnie, czuły się po podaniu Compralu nieco zmęczonemi

Dobre wyniki osiągnęli również Rozenthal (Med. Klinik 1926. Bd. 27, 1044) i Grunke (Therapie d. Gegenw. 1926. H. 8). Rozenthal stosował Compral nie tylko w praktyce ginekologicznej, lecz we wszystkich przypadkach, które wymagały dotychczas podawania bromu; szczególnie dobre wyniki osiągnął u chorych na neurastenję.

Pierwszą pracę, dotyczącą stosowania Compralu w dziedzinie zębolecznictwa, ogłosił drukiem Junghenn (Zahn. Rundschau 1926. S. 16). Autor stwierdził całkowite opanowanie bólu podczas odcięcia wierzchołków korzeni, wyłuszczenia torbieli, po trudnych ekstrakcjach. Dokładniejsze wskazówki podaje Stüttgen (Zahn. Rundschau 1926), który stosował Compral przy wszystkich bólach, spowodowanych chorobami zębów i jamy ustnej. Już po 10—15 minutach można było stwierdzić pierwsze objawy rozpoczynającego się działania preparatu, przyczem szybkość ta tłomaczy się wyjątkowo dobremi warunkami rozessania, które wytwarzają się przy podawaniu Compralu per os. Szczególnie zadawalające były wyniki przy bolesnych stanach zapalnych ozębnej i okostnej, przy bólach pooperacyjnych i dolegliwościach newralgicznych. Skutecznie przeciwdziała Compral również przy przykrych bólach, spowodowanych wkładką arszenikową. Działania ubocznego nie obserwowano; stwierdzają to również inne źródła dentystyczne.

Zupełnie dobre wyniki miał Rochlitz (Dtsch. zahnärztl. Wochenschrift 1926. № 13). Szczególnie dobrze wpływa Compral powodując ukojenie bólów po wyjęciu zębów, dotkniętych procesem zapalnym ozębnej. Rochlitz miał okazję wypróbowania preparatu przeciw bólom głowy. Działanie następowało po 20—30 minutach. Chaim (Z. Rundsch. 1926. № 37) osiągał zapomocą Compralu u starych osobników tak wybitne działanie kojące, że mógł zrezygnować z morfiny nawet przy silnych bólach. Nieznośne bóle, które następowały po naświetlaniu radem u chorych na raka górnej szczęki, prawie zawsze udawało się stłumić zapomocą Compralu.

Byłem jednym z pierwszych, którzy zaczęli stosować i wypróbowywać Compral, gdyż chciałem ustalić, jakie miejsce należy się nowemu preparatowi wśród tej powodzi środków medycznych na rynku. Początkowo podawałem Compral przy operacjach, po których z natury rzeczy spodziewałem się bólów. Już po dawce 0.25, którą podawałem natychmiast po ukończeniu zabiegów w jamie ustnej, następowało wydatne zmniejszenie się bólów następowych. Szczególnie uderzającym był fakt, że również nerwowi pacjenci, którzy dotychczas stale uskarżali się na dolegliwości po zabiegach, obecnie uważali bóle pooperacyjne za możliwe do zniesienia. Doświadczenia wykazały, że dawka 0,5 jest prawie zawsze wystarczającą nawet w przypadkach trudnych do opanowania. Przytem pacjenci osłabieni, starzy i chorowici znoszą Compral dobrze, bez żadnych niepożądanych ubocznych objawów. Jestem zdania, że przed podaniem preparatu należy tabletkę zawsze dobrze rozpuścić we wodzie.

Spotykamy się wszyscy z przypadkami okropnych napadów bólowych w okolicy nerwu trójdzielnego, gdzie narząd zębowy odgrywa wielką rolę, ponieważ bóle te często mają swe źró-

dło właśnie w zębach lub jako winowajcy są podawane przez pacjentów. Zadanie rozpoznania rozwiązać można najlżej w drodze poszukiwań przedewszystkiem przyczyny miejscowej. Oczywiście nie popełni się błędu przy rozpoznaniu ostrych form stanów zapalnych ozębnej, których się nie zidentyfikuje z newralgją, lub t. z. bólów zębów brakujących, występujących zwykle w miejscu wyjętego zęba i dających się rozpoznać po istniejącej jeszcze ranie. Również wchodzące etjologicznie w rachubę twory zębinowe (Dentikel) dają się ustalić zapomocą roentgena. Gorzej przedstawia się rzecz z bólami miazgowemi, gdy rozpoznanie chorego zęba nawet zapomocą prądu faradycznego nie zawsze doprowadza do celu, szczególnie przy dużych wypełnieniach amalgamatowych. Właśnie przy tych typowych bólach twarzowych o charakterze newralgicznym (tak je określa Partsch), gdy po usunięciu bezpośredniej przyczyny, bóle nie zawsze ustępują natychmiast, Compral niejednokrotnie dobrze mi się przysłużył. U całej grupy pacjentów, którzy cierpieli na bóle zębów, newralgje, bóle głowy, zapalenie ozębnej, ropnie zębowe, osiągałem szybkie i kojące działanie. Jestem przekonany, że Compral przewyzsza Veramon pod względem działania i nieszkodliwości (niejadowitości). Zawsze wystarczają mi mniejsze dawki Compral pomimo swego skutecznego działania jest o tyle niejadowity, że nawet u dzieciaków oprócz ulżenia cierpień nie obserwowano żadnych objawów jakiegokolwiek bądź ubocznego działania przy podawaniu połówki 0,25. Nie obserwowano działania nasennego w wypadkach, gdy pacjenci przez omyłkę zażyli 3 gr. Nie zapominajmy, że wtedy dawka nasenna Voluntalu została dwukrotnie przekroczona. Nie potrzeba chyba więcej przekonywującego dowodu doskonałej rekompensaty działania agonistów i antagonistów, która osiągnięta została przy zestawieniu tego preparatu. Dodatnie działanie Compralu skłoniło mnie wreszcie do podawania go przed przygotowaniem do operacji; przytem znikała nie tylko bolesność podczas badania w pierwszych momentach znieczulającego zastrzyknięcia, lecz również bojaźliwość u przedenerwowanych pacjentów.

Kto ma do czynienia z liczną rzeszą chorych, ten potrafi ocenić szczególnie podczas trudniejszych operacyj to, że podnieceni, gestykulujący i niegrzeczni dotychczas pacjenci obojętnie i ulegle poddają się niezbędnym zabiegom. W ten sposób Compral wyświadcza przysługę nie tylko chorym, lecz i lekarzowi, który o wiele pewniej i lżej wykonuje zabiegi w jamie ustnej uspokojonych pacjentów. Teraz ja osobiście, gdy się przekonałem, jak dobrze skutkuje ten preparat, podaję wszystkim pacjentom za 10—15 min. przed operacją Compral i osiągam wzmożone działanie środka znieczulającego. Działanie to jest szybsze i trwalsze; głębokość znaczniejsza — prawdopodobnie dlatego, że subjektywne uczucie strachu i stąd wynikająca nadwrażli-

wość zostają wyeliminowane. Podając pewnym pacjentom, u których zmuszony byłem przeprowadzać bardzo często mniejsze zabiegi, Compral — przekonałem się, że częste dawki nie spowodowały przyzwyczajenia się do preparatu ani kumulacji Środek ten zawsze działał jednakowo kojąco.

Następująca tabela ilustruje liczbowo wyniki moich doświadczeń:

	Stany zapal. ozębnej (75 przyp.)	Newralgje (50 przyp.)	Bóle pooperacyjne po wyjęciu zębów i.t.p.) (75 przyp.)	Przed zabiegami dentyst. (zachowaw. i chirurg.) (75 przyp.)
Całkowite działanie	60	39	57	67
Słabe działanie . . .	10	10	9	3
Żadnego działania .	5	1	9	5

Na zasadzie moich dotychczasowych doświadczeń, które łącznie z innemi dają możność orzeczenia, Compral należy polecić szerszemu ogółowi lekarzy, jako doskonały niejadowity środek kojący, który dzięki osiągniętemu po raz pierwszy wzmożeniu działania synergetycznego (współpraca w jednym kierunku) przy całkowitem wyłączeniu działań ubocznych wskutek szczęśliwie dobranych antagonistów — powinien być uznany za nowoczesną zdobycz w dziedzinie leków. Jestem przekonany, że Compral, jako ogólny środek uspakajający, zdobędzie prawo obywatelstwa daleko poza granicami naszej specjalności, szczególnie w dziedzinie chirurgji i medycyny wewnętrznej.

S.

BŁĘDY ROZPOZNAWCZE W DENTYSTYCZNEJ PRAKTYCE DZIECIĘCEJ.

DR. H. GEBHARDT.

„Correspondenz-Blatt für Zahnärzte“ Heft 10. 1927.

Obecnie wyjątkowo dużo mówi i pisze się o błędach rozpoznawczych w dentystyce i sposobach zapobiegania tymże. Ma się oczywiście na myśli błędy rozpoznawcze, które zawdzięczają swoje pochodzenie tej okoliczności, że wiedza ludzka— mimo swojej pozornej doskonałości—kończy się u pewnej granicy nieprzekraczalnej; czyli że są to błędy, które mają źródło w nas samych jako lekarzy-dentystach. Dla tego też spychanie tej kategorji błędów na barki objektu i jego złośliwości należy uważać za niesłuszne lub przynajmniej za nieodpowiednie i mylne. Pomijając to, że wyrastają one wcale nie z objektu, należy stwierdzić, iż w wielu wypadkach ma się do czynienia zgóry z rozpoznaniem, zbudowanem na teorji p r a w d o p o d o b i e ń s t w a, co w najgorszym razie, na wypadek djagnozy mylnej, traktujemy jako błąd rozpoznawczy, aczkolwiek — rozumując logicznie — zań poczytywany może być tylko ten, który stawialiśmy z całą p e w n o ś c i ą. Tak zwana djagnoza prawdopodobieństwa, rozpoznanie z zastrzeżeniem, pozostawiają otwartą drogę wielu możliwościom i pozostają zawsze prawidłowemi, jeśli przynajmniej jedna z tych możliwości sprawdzi się, bodaj nawet nie ta, którą wysuwaliśmy na pierwsze miejsce! Faktyczne rozpoznanie wadliwe powoduje zastosowanie wadliwej terapji i przeważnie zostaje odkryte li tylko wtedy, gdy dalszy przebieg choroby świadczy o zawodzie, który spotkał lekarza, podczas gdy djagnoza prawdopodobieństwa już w samem zaraniu wymaga postępowania kombinowanego, tak że zapomocą tegoż w pewnych okolicznościach ścisłe rozpoznanie może być ominięte.

Zupełnie inaczej wyglądają stosunki w praktyce dziecięcej. Jeśli w tej dziedzinie zdarzają się błędy rozpoznawcze, to w większości przypadków — nie wskutek ograniczoności wiedzy dentystycznej lub szczupłych zdolności kombinacyjnych lekarza-dentysty, lecz wskutek osobliwych właściwości objektu t. z. dziecka, które pod wpływem rozpieszczenia lub wrodzonej bojaźliwości przyczynić się może do świadomego wprowadzenia w błąd lub biernego zaciemnienia sprawy.

Jeśli dziecko odwiedza nas podczas urzędowych godzin przyjęć i twierdząco odpowiada na nasze pytania, nie mając właściwie żadnych dolegliwości, powinniśmy zgóry traktować te wynurzenia niedowierzająco, gdyż w 90% przypadków ma się

do czynienia z dziećmi, które z własnej inicjatywy odwiedzają dentystę lub łatwo dają się namówić przez rodziców, by im towarzyszyły.

Albo inaczej jeszcze: akurat teraz nie czują żadnych bólów, natomiast miały je kilka minut temu. Dziecko zawsze się obawia, że ząb musi być lub będzie wyjęty, i z godną podziwu jak na swój wiek pomysłowością w momencie decydującym stara sie tak wyzyskać stawiane przez nas pytania, by dać odpowiedź przeczącą. Nawet starsze dzieci nie mają jeszcze pojęcia o ważności leczenia zębów o tyle, by bez wyraźnych powodów zgłaszac się do nas i potrafić utrzymać równowagę w przeczuciu przykrości i tego nieznanego, co oczekuje ich w naszym pokoju ordynacyjnym. Dobrze więc zrobimy, jeśli u każdego dziecka, które do nas się zjawia, zasadniczo przyjmiemy obecność cierpienia, jeśli oświadczenie rodziców, poparte wynikami badania, stwierdzi tylko niezbędność przejściowych oględzin w celach zapobiegawczych. Jeśli chcemy w przypadkach wątpliwych ustalić istotny stan rzeczy, osiągniemy go u dzieci bojaźliwych tylko zapomocą dobroci i cierpliwości, u rozpieszczonych — zapomocą dobrotliwej srogości.

Resztujące 10% dzieciaków odwiedza nas, skarżąc się na ból, którego w rzeczywistości niema. Jest to częściowo typ dzieci zdecydowanych zapomocą kłamstwa zapewnić sobie leczenie, by brać udział w rozmowie; częściowo natomiast są to dzieci, które z jednej strony — nigdy nie byli u lekarza-dentysty i nie mają pojęcia nawet ze słyszenia o zabiegach dentystycznych, z drugiej zaś strony — zmuszeni są w domu do intensywnej pracy lub oczekują ich nieprzyjemności w szkole. Te dzieci łatwo poznać po wielomownem opowiadaniu o swoich cierpieniach, podczas którego często zadają kłam swoim pierwotnym zeznaniom. Dzieci z udawanemi bólami po kilku dniach znowu będą u nas w godzinach przyjęć, natomiast bóle mieć będą nie w tem samem miejscu, lecz innem; mniemają, że tego rodzaju skargi będą mniej rażące i oczywiście więcej celowe. Jeśli zostały przyjęte, jeszcze przez dłuższy czas pozostają w poczekalni, natomiast te, które rzeczywiście cierpiały, z radością i ulgą spieszą do domu.

Nie stawiamy jednak rozpoznania w początkach leczenia, natomiast częściej podczas tegoż celem skontrolowania efektu leczniczego, gdy samo leczenie objęło już liczniejsze etapy, wykonane w odstępach czasu podczas różnych posiedzeń, tak, że mylne rozpoznanie w trakcie leczenia może początkowo prawidłową terapję pchnąć na fałszywe tory.

Powinniśmy uprzytomnić sobie, że dziecko nie posiada jeszcze umiejętności określania umiejscowienia i nasilenia bólu, nie włada jeszcze potoczną mową i że (jeśli nie powoduje się jakimś celem) lekko może być opanowane zapomocą pytań. Czytamy teraz wiele w związku z projektowaną reformą prawa karnego o wartości zeznań dzieci jako świadków. Wszystkie te

publikacje dają nam lekarzom-dentystom, ze względu na naszą pracę rozpoznawczą wiele cennego materjału, gdyż stwierdzają, że psychika dziecięca jako tabula rasa z jej wyraźną skłonnością do upozorowań, przesady i rozmijania się z prawdą, z jej pierwotnością pojęć i zwierzeń również primitywną pracą umysłu, skłonnego objąć tylko to, co jest konkretne, realne — jest dla nas stałą zagadką. Zagadkę tę należy rozwiązywać od wypadku do wypadku, jeśli chcemy należycie ocenić wynurzenia dziecka i zabezpieczyć się przed niespodziankami.

Przedewszystkiem wierzymy, że czyste, szczere dziecko wszystkie swoje oświadczenia składa prawdziwiej niż dorosły; właśnie tak nie jest. Mały wycinek z kazuistyki łatwo nas przekona: otóż jeśli chcemy przekonać się, że nasze rozpoznanie zapalenia miazgi jest prawidłowe, stosujemy wyskok, by nie wywołać dotkliwych bóli — u dorosłych naturalny środek. Na pytanie nasze: „Boli?", — dziecko mówi: „tak!" i płacze. Jesteśmy przekonani, że rozpoznanie nasze jest prawidłowe, podczas gdy w rzeczywistości nieco wyskoku trafiło na język i trochę „pali". To „palenie" określa właśnie dziecko jako ból. Że bóle nie pochodzą od zęba, który badamy, mały pacjent nie uważa za potrzebne nam wytłómaczyć, jeśli nawet orjentuje się; dowiadujemy się o tem tylko przypadkowo. W ten sposób w dziecięcej praktyce trafia arszenik do zęba zgorzelinowego. Inny przypadek: przygotowujemy ubytek lub wyjmujemy ząb w znieczuleniu. Na nasze pytanie: „Boli?" — dzieciak odpowiada potakująco lub nawet zgóry skarży się na ból; oczywiście ani przygotowanie ubytku ani ekstrakcja nie spowodowały bólu, natomiast przycisnęliśmy cokolwiek za mocno prostnicą lub kleszczami wargę do zębów, lub też dziecko odczuwa ból w stawie szczękowym podczas podważania. Że tego rodzaju bóle nie są w bezpośredniej zależności od naszych zabiegów — dziecko nie wie. Pewnego razu wpadłem o tyle, że wypełniłem martwy ząb. Dziecko mało orjentuje się w lokalizacji bólu i skarży się zawsze na ból zęba, podczas gdy w rzeczywistości ból pochodzi od owrzodzenia na śluzówce. Mali pacjenci nie potrafią odróżnić ani „ilości" bólu ani „jakości" tegoż i lekkie „palenie" (nprz. „palenie", zwiastujące działanie środka znieczulającego), wstrząśnięcie, nawet szum (opukiwanie) przez autosugestję skłonni określać jako ból. Miałem wypadek, gdy poprzednio traktowałem bolesne owrzodzenie śluzówki u dziecka jodoformem; później przy wypełnieniu przewodu ciastem jodoformowem pacjent zaczął krzyczeć: zapach jodoformu ożywił w nim wspomnienia przeżytego bólu i dzieciak był pewien, iż obecnie również cierpi, aczkolwiek w tym przypadku nie mogło być mowy o przetłoczeniu ciasta za szczyt korzenia. Wyniki wypełnienia przewodu były narażone na szwank, gdyż oczywiście nie zaryzykowałem wskutek objawów bólu sięgnąć za daleko podczas zabiegu.

Subtelniejsze przyrządy rozpoznawcze, które u dorosłego

Możecie uniknąć zmartwień i przykrości, używając nowych najlepszych ssawek o szczególnej wartości (Patent)

MEUNIER-BURDIN BREVET

Nieskazitelnie czyste otwieranie upiększa złotą lub kauczukową dostawkę. Podnosi estetyczny wygląd dostawki, wskutek tego możecie powiększyć opłatę pobieraną od pacjentów.

Prawie że nic nie kosztuje, gdyż zastępuje część złotej płyty w dostawce.

Siła ssąca niezmiernie wielka.

Żadnego podrażnienia śluzówki.

Najprostsze umocowanie i obrabianie.

Wyrabia się w 2 rozmiarach: № 2—16 mm. i № 3—18 mm. do kauczukowych i złotych dostawek.


№ 2—16 mm.


№ 3—18 mm.


№ 2—16 mm.


№ 3—18 mm.

Cena № 2 i 3 z nierdzawiejącego metalu M—B o podwójnem pozłoceniu do dostawek kauczukowych 1 szt. . . . Ia 1 tuzin fr. 19.—



Cena № 2 i 3 ze złota 18 karatow. do dostawek złotych wytłaczanych i lanych, również kauczukowych za szt. fr. 14.—



Żądać we wszystkich składach dentystycznych!

Prospekty we wszystkich językach u

J. Meunier-Burdin patent. fabr. Dental-Depôt

4 Passage des Lions, Geneve (Suisse) Genf (Schweiz)
Genewa (Szwajcarja)

N. B. Prowadzimy nadal wyrób i sprzedaż naszych dawnych znanych t. zw. zwykłych ssawek Meunier-Burdin, które cieszą się szczególnem wzięciem przy zastosowaniu do dostawek kauczukowych. Prosimy żądać naszych specjalnych krążków gumowych w oryginalnem opakowaniu za 1 tuzin fr. 1.— Ia gros fr. 11.— i nasz ostatni wytwór nowy cienki M—B krążek gumowy o wyściełce, specjalnie dla delikatnego podniebienia. Cena za tuzin fr. 1 60 za gros fr 18.—

—— Ceny rozumieją się w frankach szwajcarskich ——

w przypadkach wątpliwych przyczyniają się do wyświetlenia istotnego stanu rzeczy, całkowicie zawodzą u dzieci, oprócz chyba roentgena i Haberowskiego miernika ciśnień żucia, których objektywność właśnie w praktyce dziecięcej oddaje nieocenione usługi. Naogół im więcej skomplikowane są metody badania, tem więcej wymagają współpracy ze strony pacjenta; zrozumiałem jest, że od dziecka oczekiwać tego nie możemy. Jeśli dziecko inteligentne faktycznie rozumie nawet wartośćj ego współpracy, to w gruncie rzeczy traktuje ją jako zabawkę, która nie może nam dać pewnych podstaw dla korzystania z wyników tej współpracy. — Inne dzieci obserwują siebie bardzo uważnie, nie potrafią natomiast z tej obserwacji wyciągnąć prawidłowych wniosków. Otóż po ekstrakcji matka z dzieckiem, obydwoje bardzo podnieceni, zjawiają się powtórnie w poczekalni, ponieważ dziecko twierdzi, że połknęło kawałek pozostawionego w szczęce po wyjęciu zęba. Oczywiście po oględzinach wyjętego zęba nie zauważono najdrobniejszej powierzchni, świadczącej o możliwości odłamania. Widocznie osobliwość uczucia ustępującego zdrętwienia podniebienia w miejscu ukłucia igły była przyczyną twierdzeń dziecka.

Właściwie zupełnie normalne przyzwyczajenie dzieci do ssania cukierków, które nieraz otrzymują jako zachętę przed pójściem do lekarza-dentysty i w drodze do niego, może być powodem mylnej djagnozy, gdyż cukierki te pozostawiają w różnych miejscach jamy ustnej wszelkiego rodzaju zabarwienia.

Jeśli w ogólnej praktyce rozpoznanie różniczkowe może być trudnem, to w praktyce dziecięcej jest wprost niemożliwem. Stosowana w tych wypadkach u dorosłych teorja równoległości podług Fechnera nie ma zastosowania u dzieci, gdyż właśnie u nich zjawiska życia duchowego nie zawsze biegną równolegle do zjawisk fizycznych. U dorosłych świadomość duchowa jest uwarunkowana zmianami, różnorodnością i przeciwieństwami; wskutek tego można u nich dowiedzieć się celem wyraźnego określenia cierpienia, czy bóle stale mają ten sam charakter, to same nasilenie, trwają bez przerwy, występują na tem samem miejscu (przekrwienie miazgi, zapalenie miazgi zakaźne, częściowe, całkowite), — natomiast dzieci nie potrafią jeszcze w swej wyobraźni zebrać tych wartości porównawczych. Podług prawa „zwężenia świadomości" tylko ograniczona ilość pojęć może jednocześnie mieścić się w świadomości człowieka. O zasadzie tej powinniśmy pamiętać w stosunku do dorosłych dla oceny zadań wywiadu, jeśli chcemy celem prawidłowego osądzenia ich wskazówek, dotyczących nasilenia bólu, wiedzieć również, jakie jeszcze inne pojęcia jakichkolwiek bądź cierpień lub mających znaczenie wydarzeń absorbują w owym czasie pacjenta; to samo da się powiedzieć i w stosunku do dzieci — z tą tylko różnicą, że „zwężenie" w myśl tego prawa jest jeszcze większe. „Zwężenie" świadomości u dzieci następuje często

wskutek wymuszonej wyobraźni, natomiast wykrycie śladów tego napotyka na normalne u dziecka zjawiska, które u dorosłych określamy jako ucieczkę od idei. Teorja o zahartowaniu przeciwko bólom u dzieci może być stosowana tylko w nielicznych przypadkach; ja osobiście jestem zdania, że cierpienia nie tylko nie hartują dzieci w stosunku do późniejszych bólów, przeciwnie czynią je jeszcze więcej wrażliwemi na bóle.

Otóż widzimy, że rozpoznanie przyczyn schorzenia w praktyce dziecięcej napotyka na szczególne trudności, które tkwią w osobliwej psychologji dziecka a nie w osobliwościach dziecięcej jamy ustnej, wszystkie bowiem zjawiska fizjologiczne w uzębieniu, jak naprz. zmiana zębów, są naukowo tak wyświetlone, że podstawy medyczne, które umożliwiają rozpoznanie zjawisk patologicznych w jamie ustnej dorosłego, całkowicie nadają się do zastosowania w praktyce dziecięcej. Rozpoznanie wadliwe powiedzmy anomalij zgryzu jest błędem medycznym, którego nie można tłumaczyć osobliwością dziecięcej psychologji.

S.

Terapja mlekowa schorzeń okołozębowych.

Dr. S. REGELMANN, MOSKWA

(Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde. Luty 1927 r. Zeszyt 3-ci)

Do czasów obecnych metoda leczenia proteinami w odontologji jest prawie że nieznaną.

Liczne dane eksperymentalne dowiodły, że w niektórych wypadkach metoda leczenia zapomocą protein'y jest nie do zastąpienia.

Dawki umiarkowanie stosowane podwyższają żywotność komórek, podczas gdy stosowanie dawek przewyższających odpowiednią miarę — osłabia tkanki. Dawkowanie jest trudne, ponieważ zależy od stanu komórki i od indywidualnego zachowania się organizmu. Dawka, która dla zdrowej komórki będzie normalną, dla chorej może być nadmierną.

Kwestja dawkowania jest najważniejszą i najtrudniejszą. Nie można uważać dotychczasowych prób stwierdzenia stanu organizmu zapomocą krzepnięcia krwi i zachowania się komplementu za udane. Jedynym sprawdzianem działania może być reakcja organizmu.

Nisser, Braun, Hentye, Scherbel, Hille, stosowali duże dawki (1,0 do 3,0 5,0), wstrzykiwali 3, 4 lub 5 razy dożylnie i podskórnie. Hille wstrzykiwał do błony śluzowej ust. Wychodził z założenia, że im bliżej sprawy zapalnej będzie miejsce zastrzyknięcia, tem silniejsze osiągnie się działanie. Wyżej wspomniani autorzy stosowali terapję proteinową przy różnych ostrych i chronicznych procesach w jamie ustnej z dobremi wynikami: Łukomski stosował w 1923 r. proteinową kurację przy gingivitis atrophicans. Dawki wahały się od 0,1—0,2.

Proteinoterapja stosowaną była przez autora przy parodontosach w początkowych jakoteż i późniejszych stadjach, przyczem sprawa chorobowa obejmowała cały szereg zębów. Używano do tych zabiegów surowicy końskiej; pierwsza dawka — 0,1, podwyższano ją za każdym razem o 0,1 do 0,5 i tę dawkę stosowano podczas całego leczenia. Zastrzyknięcie robiono co drugi dzień; w zależności od reakcji dawkę zmniejszano. Kolejne zastrzyknięcie następowało po zupełnem braku reakcji.

Wskutek tych zabiegów występowała poprawa nie tylko danego miejsca ale i całego organizmu. Chorzy „tracili” często przy stosowaniu tych preparatów i reumatyzm stawowy. 30—40 zastrzyknięć stosowano jako leczenie duże; 15—20 — jako leczenie małe. To ostatnie stosowano w początkowych okresach schorzeń. Reakcja występująca w tym wypadku była nieznaczna. Obserwowane po zabiegu obrzmienie po paru godzinach ustępowało; bóle ustępowały szybko. Ogólna reakcja wyrażała się w lekkiem podwyższeniu ciepłoty, bólach stawów, ogólnem gorszem samopoczuciu pacjenta. — Jako kryterjum działania służy wygląd dziąsła, które po zastrzyknięciach nabiera coraz bardziej zdrowego wyglądu, zmniejszone krwawienie z dziąseł, wzmocnienie zębów. Wyleczenie zupełne zależne jest od stanu dziąseł na początku schorzenia.

Celina Finkielkrautówna (Warszawa).

Przyczynek do anatomji patalogicznej wykłuwania się trzeciego zęba trzonowego dolnego.

DOC. Dr. MED.-DENT. TH. E. de JONGE-COHEN

Correspondenzblatt für Zahnärzte I. 1927.

Zaburzenia w ułożeniu, rozwoju oraz wykłuwaniu się trzeciego zęba trzonowego wskazują na jego zanik.

Obok licznych odchyleń od kształtu i wielkości, obserwujemy jego utrudnione wyrzynanie się (eruptio difficilis) obraz chorobowy, którego przebieg kliniczny jest nam znany nie tylko z poszczególnych opisów, lecz ujęty został w systematyczną całość w pracach Jul. Witzela, Hauensteina, W. Meyera.

Nie powtarzając tego wszystkiego, należy jednak wspomnieć, że najczęstszem zaburzeniem w rozwoju tego zęba jest zatrzymanie się w szczęce pod pokrywającą go bł. śluzową. We wcześniejszym okresie swego rozwoju układa się poziomo lub nieco ukośnie, zajmując swe normalne położenie za drugim trzonowym, opierając się swą koroną o jego powierzchnię odśrodkową, co automatycznie wstrzymuje dalsze wykłuwanie

się. W ten sposób wytwarza się stan jakoby spoczynku; ząb nie sięga wysokości żującej powierzchni, nie bierze udziału w tworzeniu powierzchni zgryzowej.

Przykładem nadzwyczaj rzadkiego zaburzenia w wykłuwaniu się trzeciego trzonowca może służyć preparat z muzeum Prof. Bolk'a. Trzeci trzonowiec ułożony w sposób wyżej wspomniany wessał część powierzchni odśrodkowej drugiego trzonowca; utworzyło się wyżłobienie kształtem zupełnie odpowiadające żującej pow. zęba ku tyłowi ułożonego a spoczywającego swą żującą powierzchnią w owem wydrążeniu. Stwierdzić przytem z całą dokładnością można, że wessaniu uległa tylko część powierzchni w rozmiarach takich, by wytworzonej przestrzeni starczyło dla wykłucia się trzeciego trzonowca.

Szczególnie ważnem w tym przypadku jest fakt, że na wolnej powierzchni drugiego trzonowca doszło do obnażenia miazgi, co dla klinicysty może być wskaźnikiem, jak nieprawidłowe wykłucie się trzeciego trzonowca może przyczynić się do powstania spraw zapalnych: zapal. ozębnej a w następstwie zapal. miazgi. Nie rozpatrując bliżej strony klinicznej zjawisk, związanych z wykłuciem się trzeciego trzonowca, chcemy tylko zwrócić uwagę na przypadek, którego stosunki anatomiczne in vivo nadzwyczaj rzadko mogą być tak przestudjowane, jak na wyżej opisanym preparacie.

M. Kalisz (Łódź).

Uwagi, dotyczące używania tutocainy w dziecięcej praktyce dentystycznej.

GERTRUD MIROW, BERLIN.

(D. Z. W. № 6. 1927).

Należy zwrócić szczególną uwagę na ekstrakcję zębów u naszych milusińskich. Wobec tego, że w tych wypadkach ma się do czynienia z wrażliwością, kaprysami i bojaźnią, powinniśmy stosować te środki znieczulające, które całkowicie odpowiadają wszelkim wymogom. Dzieci przeważnie boją się nawet strzykawki, samego wkłucia igły, wynika więc z tego, że środek znieczulający musi być o tyle doskonały, by działanie następowało natychmiast t. z. bezpośrednio po wprowadzeniu igły w śluzówkę. Ostatniemi czasy używa się z powodzeniem $^1/_2\%$ roz-

21

czynu tutocainy. Skład płynu: 0,5% tutocainy, 0,0025 gr. suprareniny, 0,76 gr. Na Cl i 100 gr. wody destylowanej, również świeżo sporządzonych rozczynów w ilości 1 do 2 cm. Środek ten, jak wykazuje doświadczenie w 100 klinicznych przypadkach, ma tę przewagę nad innemi, że natychmiast działa znieczulająco, nie wywołuje uczucia strachu, nie powoduje bicia serca, stwarza dobre warunki krzepnięcia, co jest bardzo ważne, gdyż taki skrzep krwi — to zamknięte drzwi, uniemożliwiające przenikanie drobnoustrojów do rany. Tego ostatniego u dzieci należy się najwięcej obawiać, ponieważ dziecko zwykle po wyjęciu zęba dłubie palcami w ranie. W 89 przypadkach na 100 ekstrakcje nie wywołały żadnych niepożądanych skutków, jak to krwawienia, ropienia i t. d. W jednym przypadku wystąpiło kilkudniowe uporczywe krwawienie, jednak ojciec dziecka twierdził, że i przy poprzednich zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej pacjenta następowało długotrwałe krwawienie. W innym przypadku u chłopca, cierpiącego na gruźlicę kości i będącego przez kilka lat pod obserwacją lekarzy, zastrzyknięcie nie dało dodatnich wyników, prawdopodobnie wskutek wspomnianej choroby. W kilkunastu przypadkach zastrzyknięcia tutocainy wywołały lekkie objawy strachu, mdłości. Prawie u wszystkich dzieci zabieg wyjęcia zębów przeprowadzono bezboleśnie. Jednocześnie wypróbowano w klinice rozczyny $^3/_4$% i 1% tutocainy, nie udało się jednak osiągnąć tak korzystnych wyników. Rozczyn $^3/_4$% spowodował odkrwienie naczyń wyrostka zębodołowego, a jest to specjalnie niebezpieczne po ekstrakcji, gdyż otwiera się wstęp dla bakteryj do rany, co może wywołać niepożądane komplikacje. Rany te nie cieszyły oka i po upływie kilku dni, tem bardziej że przyłączyły się bóle. Wobec tego że materjał kliniczny składał się przeważnie z publiczności jednej dzielnicy, badania datują się z jednego okresu, technika znieczuleń była jednakowa i w większości przypadków wyjmowano te same zęby, należy stwierdzić, że tutocaina w $^3/_4$% i 1% rozczynie nie nadaje się do stosowania w praktyce dziecięcej. Przyczyna tkwi nie w większej ilości tutocainy, lecz w powiększonej ilości suprareniny, którą można dawkować przy sporządzaniu płynu podług własnego widzimisię. Tutocina 2% jest najwięcej odpowiednim środkiem znieczulającym przy ekstrakcjach u dzieci. Tylko podany wyżej skład płynu gwarantuje najlepsze wyniki, należałoby więc by fabryka I. G. Farbenindustrie. A. G. Werke Leverkusen wypuściła na rynek $^1/_2$% tutocainę, która z ukazaniem się rozczynu $^3/_4$% i 1% wycofana została z obiegu. Nowocainę z praktyki dziecięcej należy wyeliminować wobec tego, że dla zupełnego znieczulenia potrzebna jest dość duża ilość płynu, która z kolei może wywołać nadwyrężenie tkanek i uszkodzenie tychże. Organizm dziecięcy, nie odżywiany odpowiednio, reaguje na tego rodzaju zastrzyknięcia zemdleniem, objawami strachu i biciem serca.

S.

Wydzielanie wewnętrzne.

DR. J. MISCH.

Die Fortschritte der Zahnheilkunde. April 1926. Lieferung 4. Zweiter Band.

Już za dawnych czasów wydzieliny gruczołów zwierzęcych uważane były za środek leczniczy przeciwko różnym schorzeniom Dowiadujemy się o tem z tekstu papyrusa Ebersa z czasów egipskich. Znajdujemy te poglądy i u Hypokratesa; w wiekach średnich starano się je zrealizować. W roku 1628 nauka krążenia krwi umożliwiła rozszerzenie tych poglądów przez wskazanie na ścisłą współzależność organów ustroju W 1849 r. Berthold (Göttinga) wskazał na wpływ, jaki wywierają wydzieliny pewnych gruczołów na krążenie krwi, i dał podłoże do rozwijania się nauki o wydzielaniu wewnętrznem. W 1855 r. Claude Bernard pierwszy zaznaczył, iż organy ciała zwierzęcego przez wydzielanie wewnętrzne i oddawanie swoich własnych produktów do krwi — utrzymują równowagę organizmu. Brown-Sequard w wykładach swych na wydziale medycznym w Paryżu w 1869 r. dowiódł, iż wszystkie gruczoły wydzielania wewnętrznego oddają do krwi pewne substancje, brak których powoduje chorobowe zaburzenia. Doświadczenia próbne przeprowadził na sobie. Zaburzenia w funkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, brane dawniej z punktu widzenia nerwowego, obecnie podpadają pod dział teoryj chemicznych.

Produkty wydzielania wewnętrznego nazwano hormonami. Gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem są: 1) glandula thyreoidea 2) parathyreoidea 3) thymus 4) ovarium 5) pankreas 6) glandulae suprarenales 7) hypophysis cerebri 8) epiphysis.

Wpływ działania hormonów przejawia się nie tylko w rozwiniętym już organiźmie ale i w zaczątku rozwoju jego. Zależnym jest ten wpływ i od charakteru gruczołu. U młodego osobnika produkt grasicy odgrywa ważną rolę, podczas gdy w późniejszym wieku hormony te nie mają już tak wielkiego znaczenia. Wpływ wydzielania wewnętrznego zaznacza się już filogenetycznie. Podług Keitha np. rozróżniamy specjalną rasę, specjalny typ osobników o nieprawidłowej czynności gruczołu tarczowego.

Niedomoga czynności gruczołów jakoteż i podwyższona działalność ich — w następstwie wywołują zaburzenia psychiczne i fizyczne. Zbyt wczesna jakoteż i zbyt późna dojrzałość płciowa przyczynę swą mają w nieprawidłowem wydzielaniu wewnętrznem. I przy przemianie tłuszczowej wydzielania wewnętrzne odgrywają pokaźną rolę Obserwowany u kastratów silny rozwój tkanki tłuszczowej powstaje na tle zaburzeń ze strony przy-

sadki mózgowej. Gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem wywierają wpływ również na stan ciepłoty: u chorych na gruczoł tarczowy spotykamy się z wahaniem ciepłoty.

Normalny stan paznogci, skóry, włosów, zależny jest od normalnego funkcjonowania gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, które wywiera wpływ i na zęby. Anomalje budowy szkliwa, zębiny, anomalje w ustawieniu zębów w mniejszym lub większym stopniu uzależnione są od zaburzeń na tle wydzielania wewnętrznego. Bayon, Erdheim, Tayofuku, Hollbaum: pierwsi zaczęli dowodzić istnienia tych zjawisk. Przy obrzęku śluzowym oprócz ogólno-medycznych objawów jak np. obrzmień na skórze — spotykamy się z rozchwianiem się zębów, wypadaniem ich i z rozluźnieniem się dziąseł. Uzębienie przytem nie jest prawidłowe. Wykłuwanie się zębów może zacząć się dopiero w 3-im roku życia a w 20-ym może nie być zakończone. Zęby nie zjawiają się nigdy w normalnym porządku, kły wykłuwają się często przed siekaczami i wykazują skłonność do próchnicy. Często przy wyrzynaniu się zębów stałych spotykamy jeszcze pozostałe mleczne. Przez podawanie produktu tarczycy można poprawić stan zębów: w bardzo krótkim czasie mleczne zęby wypadają i na ich miejsce zjawiają się stałe. Tarczyca wydziela pewne hormony, które chemicznie wpływają na rozwój zębów. Przy kretyniźmie spotykamy się z anomaljami ze strony budowy całego organizmu jakoteż czaszki, której nieprawidłowy rozwój wskazuje na upośledzoną inteligencję — natrafiamy jednocześnie na anomalje ze strony skóry, włosów, paznogci i zębów.

Pierwszy Virchow studjował budowę czaszki u matołków; Scholz kontynuował te badania. Dowodzi on, że w wypadkach matołectwa spotyka się często wydatność szczęk. Jeśli chodzi o zęby, to autor spotykał cały szereg nieprawidłowości: zęby stały poza łukiem zębodołowym; często wyrzynały się na podniebieniu; spotykano zęby nadliczbowe lub też w niedostatecznej ilości.

Podług Bayona spotyka się często podwójne dolne siekacze. Są one źle rozwinięte; często mają nieprawidłowe formy. Kły są małe, podobne często do siekaczy. Zęby mają brzydki kolor, próchnica bardzo rozwinięta. Co się tyczy wyglądu zewnętrznego — to usta są szerokie, o grubych wargach; szczególnie warga dolna jest powiększona i opuszcza się wdół. Język gruby i nosi na sobie ślady wycisków zębów. Wykłuwanie się zębów mlecznych jakoteż stałych jest czasami spóźnione. Bywają wypadki tego rodzaju, że zęby mleczne nie wypadają i wskuteg tego u osobników dorosłych spotykamy zęby mleczne i stałe. Przy kretyniźmie (matołectwie) częstemi objawami są: 1) anomalje zębów i szczęk 2) spóźnione wyrzynanie się zębów 3) anomalje położenia zębów 4) niejednakowa budowa tychże 5) silny rozwój próchnicy. Zęby mleczne pozostają przez czas

dłuższy na skutek spóźnionej resorbcji korzeni. Eksperymentalne prace dowiodły, że u zwierząt po usunięciu tarczycy następował upośledzony rozwój zębów. Podawanie produktu gruczołu tarczowego stan ten poprawiało. Hormony gruczołu tarczowego mają wielki wpływ na rozwój zębów. Po podawaniu produktu gr. tarczowego występują zmiany w całym aparacie żucia.

Jako pierwszy objaw występuje zmniejszenie się guzków policzkowych; redukcja idzie szybko i po pewnym czasie guzki znikają. Zmiany są podobne do tych, które powstają w starości. Obecnie dowodzą ścisłej łączności pomiędzy chorobami jamy ustnej a zaburzeniami tarczycy. Podług Ostorne'a 50% schorzeń tarczycy ma swój początek w chorej jamie ustnej Uważają, iż ślinianki odgrywają rolę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: po usunięciu gruczołów przytarczycowych — występował przerost ślinianki podszczękowej.

Thymus. Grasica odgrywa bardzo ważną rolę w zagadnieniach dotyczących rostu. U wszystkich zwierząt po usunięciu grasicy zauważono zaburzenia ze strony rostu kości. Podług Klosego kości w tych przyp. są atroficzne i kruche. Przyczynę ogólną stanowi brak wapnia, którego ilość w organizmie zwierząt pozbawionych grasicy jest zmniejszona. Kranz pierwszy dowiódł wpływu grasicy na uzębienie: przy zaburzeniach wydzielania jej hormonów spotykamy się ze spóźnionem wyrzynaniem się zębów. Badania drobnowidzowe nie wskazały osobliwej różnicy histologicznej pomiędzy zębami zwierząt normalnych a tych, które uległy usunięciu grasicy.

Hypophysis Przysadka jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, który odgrywa ważną rolę w rozwoju organizmu: działa na rozrost. Zaburzenia w funkcji tego gruczołu wywołują osłabienie organizmu, wczesną starość z wypadaniem włosów i zębów, niedokrwienie, osłabienie czynności gruczołów płciowych, apatję. Obraz ogólny przypomina trochę cachexia strumipriva a bliska łączność pomiędzy tarczycą a przysadką mózgową przejawia się w tem, iż tarczyca po usunięciu przysadki mózgowej ulega przerostowi. Przy nadmiernem działaniu przysadki występuje słoniowość (akromegalja): w jamie ustnej widzimy silny rozwój szczęki górnej i dolnej, ich wydatność, zgrubienie błony śluzowej na podniebieniu miękkiem. Po usunięciu przysadki mózgowej występowało u zwierząt spóźnione wykłuwanie się zębów. Obok mlecznych występowały stałe zęby, tak, że spotykano uzębienie podwójne.

Gruczoły rozrodcze są w ścisłym związku z innemi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem. Większa ilość przypadków próchnicy w okresie dojrzewania płciowego dowodzi wpływu tych gruczołów na łuk zębodołowy i zęby. Kranz przez swe prace doświadczalne doszedł do przekonania, że zgryz świń zmniszonych zostaje zatrzymany w swym roście, rozwoju. U szczurów kastrowanych forma zębów była mniejszą od zwykłej.

Podług Büttnera przy fizjologicznem wygaśnięciu czynności jajników wytwarza się próchnica. Obecnie silny rozwój próchnicy podczas ciąży przypisuje się nie tylko złemu utrzymywaniu jamy ustnej, lecz i wpływowi wydzielania wewnętrznego.

Należy wziąć pod uwagę różnego rodzaju sprawy zapalne błony śluzowej, powstające podczas ciąży. Przekrwienia błony śluzowej ust, nosa, pęcherza tłomaczą się zmienioną przemianą materji podczas ciąży. Istnieje poza tem ścisła łączność pomiędzy ślinankami a gruczołami rozrodczemi: podczas miesiączkowania niejednokrotnie obserwujemy silniejsze wydzielanie śliny.

Infantilismus. Przy ogólnym niedorozwoju organizmu, przy długo trwającem okresie dziecięctwa całego organizmu występuje i spóźniony rozwój zębów. Ze wszystkich okolic ciała — specjalnie zęby i jama ustna są najbardziej uwydatniającemi się stygmatami stanu dziecięctwa. Nerki i nadnercza są w ścisłej łączności z organami rozrodczemi — przejawia się to w ich funkcji podczas ciąży. Ważnemi są objawy choroby Adissona w postaci czarno-bronzowych plam na skórze, głównie na błonie śluzowej, co zkolei ułatwia stawianie djagnozy lekarzowi-dentyście. Nadnercza przez wydzielanie adrenaliny wpływają na ogólną przemianę materji.

Trzustka. Utrzymuje węglowodanową przemianę w organizmie. Przy nadprodukcji węglowodanowej — przy diabetes melitus (cukrzycy) występuje rozluźnienie błony śluzowej dziąseł i następowe rozchwianie się zębów w zębodołach — obraz pyorrhoea alveolaris. Ostatnio Robinsohn na podstawie roentgenologicznych, biologicznych i fylogenetycznych danych dowiódł istnienia hormonu pochodzenia zębowego, który przez współdziałanie swe z innemi hormonami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wpływa na uregulowanie formy, wielkości zębów jakoteż i na ich wyrzynanie się. Sposób odżywiania się oraz warunki klimatyczne odgrywają dużą rolę. Wczesne odkrycie zaburzeń ze strony wydzielania wewnętrznego może oddać organizmowi ogromne usługi; należy przytem wziąć pod uwagę, iż wpływ wydzielania wewnętrznego odbija się nie tylko na całym organizmie, lecz i na jamie ustnej. Zmiany, zachodzące na wszystkich zębach, dowodzą wpływów o charakterze ogólnym. Nowsze badania ustalają bezsprzecznie powinowactwo pomiędzy krzywicą a gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem. Kliniczne i drobnowidzowe badania przy krzywicy wykazują te same zmiany w kościach, które się spotyka po usunięciu tarczycy. Zaburzenia w wydzielaniu gruczołów: tarczycy, przytarczycowych, grasicy, nadnercza — wywierają wpływ na powstawanie krzywicy.

Janney ustalił ścisłą łączność pomiędzy schorzeniami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem a typowemi deformacjami zębowemi. Pomiędzy gruczołami wydzielania wewnętrznego istnieje ścisła łączność; przy wygasnięciu działalności jednego organu stwierdzić możemy zastępczą czynność dru-

giego. Przeszczepianie jajników, wykonywane obecnie przez Steinacha, ma ten dodatni efekt, iż przy przyjęciu się ich występowało wydzielanie do krwi hormonu, który przynajmniej na pewien czas działał zastępczo z dodatnim skutkiem, ugruntowywując tem znaczenie nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Celina Finkielkrautówna (Warszawa)

W sprawie dyskusji o szkodliwości Randolfu.

DR. FAUST, HANNOWER.

(D. Z. W. № 2. 1927).

Sprawa ta wciąż absorbuje świat dentystyczny. Od czasu do czasu ukazują się na łamach pism fachowych prace, traktujące o szkodliwości dla zdrowia metalów nieszlachetnych w postaci pojedyńczych koron lub dostawek. Wszystkie te twierdzenia nie posiadają dowodów opartych na podstawach naukowych. Autor cytuje prace Eichentropfa, Kadischa, Schoninga i Rittera. Na podstawie swoich spostrzeżeń i badań, jako lekarz chorób trawienia i lekarz-dentysta, popiera zdanie swoje, wyłuszczone w № 13 D. Z. W. 1926 a obejmujące następujące tezy:

1. W mojej kombinowanej praktyce, jako lekarza chorób trawienia i dentysty, mimo wzmożonej obserwacji w ciągu lat 4, nie spostrzegłem żadnych uszkodzeń, spowodowanych Randolfem.
2. Powiększona cokolwiek skłonność tkanek, otaczających brzegi dziąsłowe dostawek, do wytwarzania stanów zapalnych, nie udowodniła szkodliwości Randolfu.
3. Wszystkie tym objawem spowodowane orzeczenia o szkodliwości Randolfu i innych nieszlachetnych metalów należy narazie uważać za nieuzasadnione.

Autor zastrzega się, że nie przemawia za Randolfem, gdyż od czasów inflacji używa tegoż li tylko do robót niestałych, jednak dopóki nie udowodniono szkodliwości, nie należy rzeczy przedstawiać gorzej, niż jest ona w rzeczywistości. Pożądanem byłoby, by powagi świata dentystycznego również zabrały głos w tej sprawie i dały wyczerpujące wyjaśnienia.

S.

Lewa ręka a my.

DR. JULIUS HASS, BIELSKO NA GÓRNYM ŚLĄSKU.

(Z. R. 14. 1927).

Wychowawcy nasi popełniają wielki błąd, zmuszając nas od dzieciństwa do wykonywania odpowiednich czynności tylko zapomocą prawej ręki. Teraz, kiedy już sami możemy decydować, powinniśmy zaprzestać mylnej taktyki traktowania naszej lewicy, jako organu niedołężnego i przyzwyczaić się do wykonywania (częściowego przynajmniej) tych czynności, któremi obarczamy prawicę. Znane są autentyczne przypadki, gdy ludzie, straciwszy władzę w prawej ręce, doskonale dawali sobie radę zapomocą lewej. Zresztą najlepszym przykładem jest niedawna wojna, podczas której niezliczona ilość ludzi postradała prawą rękę a w bardzo krótkim czasie zastąpiła ją pozostałą lewą. Wiemy również, że nadmierne obciążenie pracą jednego organu wywołuje wkrótce przemęczenie i stan chorobowy. Oprócz tego różnego rodzaju schorzenia, jak reumatyzm, artretyzm, zapalenie stawów i nerwów mogą uczynić organ niezdolnym do pracy częściowo lub całkowicie. Wszystkie te czynniki powinny zmusić nas do zajęcia się tą sprawą i zastosowania idei współpracy prawej i lewej rąk w naszej praktyce dentystycznej. Oczywiście nie wolno się łudzić, że lewa ręka całkowicie zastąpi prawą nawet po najstaranniejszych ćwiczeniach i będzie w stanie wykonywać pracę tak finezyjnie jak prawica. W każdym razie możemy zaoszczędzić 30 — 40% wysiłków prawej ręki — a jest to dość dużo. Starym praktykom trudniej przyzwyczaić się do manipulacyj lewą ręką, natomiast dla młodzieży otwiera się szerokie pole do rozpoczęcia odpowiednich ćwiczeń i prób. Należy zacząć od zeszlifowywania zęba (do osadzenia korony lub mostu), wypełnienia przygotowanej już komory amalgamatem. W miarę postępów można przystąpić do wydrążenia niektórych ubytków, lecz tylko w tym wypadku, jeśli pole działania jest widoczne jak na dłoni a wzieradło jest zbyteczne. Następnie można spróbować wkładania wacików do ubytku zapomocą szczypczyków, później — zdejmowania wycisków, zgryzu do małych mostków, osadzania pojedyńczych koron i niewielkich dostawek mostkowych. Powinniśmy stale pamiętać o ważnej roli prawej ręki i zabrać się do odciążenia jej od nadmiernej pracy. Pierwszym pilnym uczniem i realizatorem własnej idei ma być sam autor.

S.

Z KASY CHORYCH M. ŁODZI

ŚWIADCZENIA w LISTOPADZIE 1927 R.

W listopadzie ub. r. Kasa Chorych m. Łodzi wydała — oprócz leków i środków opatrunkowych — na świadczenia około 1.300 000 zł.

Według rodzajów świadczeń wydatki te są następujące:

Zasiłki domowe 60-procentowe	472 076.85
Zasiłki szpitalne 30 i 10-procentowe	10.412.44
Leczenie szpitalne	140.893 32
Zwroty za pomoc lekarską	1.478 59
Zwroty za pomoc akuszeryjną	1 008.—
Leczenie klimatyczne	40.827.09
Zabiegi kuracyjne	4.979.35
Zasiłki pogrzebowe	33.851.07
Protezy i okulary	7 652.61
Utrzymanie Zakładu bakterjologicznego	10 461 09
Utrzymanie Zakładu roentgenowskiego	10 954.93
Utrzymanie Zakładu Chemiczno-analit.	1 607.76
Utrzymanie pogotowia	19.531 3
Zasiłki urlopowe 60-procentowe	
Płace dentystów	22.903.50
Płace lekarzy	201.555.21
Płace felczerów	17.103.85
Płace akuszerek	24.141 22
Płace pielęgniarek i personelu pomocn.	76 977.66
Przejazdy personelu i przewóz chorych	7.832 21
Środki lokomocji	9.246.70
Zasiłki położnicze	88 799.39
Zasiłki dla matek karmiących	13.132 40
Różne	39.333 53
Ogółem:	1.256.760.16

UDZIELONO PORAD w MIESIĄCU LISTOPADZIE 1927 R.

Porad lekarskich w lecznicach	146.286
Wizyt do obłożnie chorych	28.913
Porad działu pomocy lekarskiej	23 162
Ogólna ilość porad	198.361
Ilość badań w Zakł. rozpozn.-leczn.	10.073

W tem udzielono porad lekarsko-dentystycznych:

W lecznicach:

I	—	VII	2.321
II	—	W ambulat. fabr.	4.030
III	5 078	W Aleksandrowie	253
IV	2.257	W Konstantynowie	336
V	13.276	W Rudzie-Pabjanickiej	439
VI	472	W Zgierzu	1.711
		Razem porad lek-dent.	30.173

Z KASY CHORYCH M. WARSZAWY

Znaczne ożywienie w stosunkach gospodarczych, a zwłaszcza w ruchu budowlanym wydatnie zaznaczyło się we wzroście liczby ubezpieczonych w Kasie Chorych m. Warszawy. Gdy na 1 stycznia ub. r. liczba uprawnionych do świadczeń wynosiła 325 058 osób, na 1 października r. ub. liczba ta wzrosła do 398 267 osób, w czem więcej ubezpieczonych o 38.735 i członków rodzin o 34.474 osób.

Tak poważny przyrost liczby uprawnionych do świadczeń pociągnął za sobą zwiększenie frekwencji chorych. W ciągu pierwszych dziewięciu miesięcy r. b. lekarze Kasy Chorych m. Warszawy udzielili ogółem 2 026.490 porad, w tej liczbie w ambulatorjach 1.799.500 porad, zaś lekarze rejonowi, ambulatoryjni i specjaliści na mieście obłożnie chorym udzielili 229.990 porad.

Według podziału na choroby, największa liczba porad — 401.051 przypada na choroby wewnętrzne, poczem kolejno następują: choroby zębów i jamy ustnej — 322.598 porad, skórno-weneryczne — 232 640, chirurgiczne — 224.789, oczu — 134 580, ginekologiczne — 123.855, gardła, uszu i nosa — 93.922, nerwowe — 60.854, płucne — 9.391, ortopedja — 6.613, nadto w przychodniach ogólnych udzielono 48.753 porad. Przekazów wydano: do szpitali ogólnych — 17.677 i do zakładów położniczych — 2.100.

W ciągu wymienionego okresu apteki Kasy Chorych m. Warszawy wydały 2.725.780 lekarstw, a biura wypłaciły 4.450.279 zł. różnych zasiłków pieniężnych.

Aby umożliwić zorjentowanie się co do ogromu pracy, kryjącej się pod temi olbrzymiemi cyframi zaznaczamy krótko, co one oznaczają, a mianowicie, że lekarze Kasy Chorych m. Warszawy udzielają dziennie zgórą 8.000 porad, że apteki — wydają dziennie zgórą 9.000 lekarstw oraz, że biura wypłacają dziennie zgórą 18.000 złotych zasiłków pieniężnych, nie licząc całego szeregu innych świadczeń, jak środki pomocnicze, wyjazdy na wieś i do senatorjów.

W końcu ub. r. został oddany do użytku ubezpieczonych gabinet lamp kwarcowych w ambulatorjum Kasy Chorych m. Warszawy przy ulicy Żytniej № 40. Gabinet ten jest zaopatrzony w 1 lampę Bacha i 2 lampy Jesionka i będzie w stanie obsłużyć 150 osób dziennie, a przeznaczony jest wyłącznie dla młodzieży do lat 17. Zrana będą naświetlane dzieci do lat 6, popołudniu zaś jednego dnia chłopcy od 7 do 17 lat, drugiego zaś dziewczęta.

Jest to piąty zkolei gabinet lamp kwarcowych, jakie istnieją w ambulatorjach Kasy Chorych m. Warszawy lub jej zakładach przyrodoleczniczych; przy ul. Mokotowskiej, Jagiellońskiej, Smolnej i Mławskiej. Zaznaczyć należy, że we wszystkich tych gabinetach czynnych jest 22 lampy kwarcowe, a jak wielce są one potrzebne, świadczą poniższe dane o frekwencji chorych.

Gdy w r. ub. w gabinetach Kasy Chorych m. Warszawy leczyło się przy pomocy lamp kwarcowych 6.327 osób, którym dokonano 83 969 naświetlań, to w r. b. do dnia 1 listopada dokonano już 98.280 naświetlań, co wskazuje na znaczny wzrost frekwencji chorych w tej dziedzinie lecznictwa.

Redakcja „Echa Dentystycznego" otrzymała nustępujące komunikaty z prośbą o umieszczenie.

III POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Komitet Organizacyjny III Polskiego Zjazdu Stomatologicznego ma zaszczyt zaprosić wszystkich stomatologów i lekarzy-dentystów polskich do jaknajliczniejszego wzięcia udziału w obradach III Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, który się odbędzie w Zielone Święta 1928. (w dniach 27, 28 i 29 maja) w Krakowie. Zjazd będzie miał charakter czysto naukowy.

Tematy główne:

1. **Najlepszy sposób wypełniania korzeni.**
   Referent: Dr. Ch. Gelbard (Warszawa)
   Koreferenci: Dr. H. Allerhand (Lwów)
   Prof. Dr. H. Wilga (Warszawa)

2. **Stan obecny leczenia ropowic.**
   Referent: Doc. Dr. A. Meissner (Warszawa)
   Koreferent: Prof. Dr. A. Cieszyński (Lwów)

3. **Zdejmowanie wycisków i ocena ich krytyczna.**
   Referent: Dr. E. Czernecki (Warszawa)
   Koreferent: Dr. M. Zeńczak (Warszawa)

Poza głównemi tematami, wygłoszony będzie szereg wykładów na tematy dowolne. Zgłoszenia wykładów na tematy dowolne posyłać należy wraz z krótkiem streszczeniem pod adresem generalnego sekretarza D-ra Jerzego Drozdowskiego do Inst Stomatol. U. J. w Krakowie ul. Garncarska № 9. najpóźniej do dnia 1 marca 1926.

Wykład na temat główny nie powinien przekraczać 45 minut; wykład na temat dowolny 20 minut. Prelegenci, nadsyłający tematy, winni podać wszystkie środki naukowe, potrzebne im do wykładu, które mają im być przygotowane.

Komitet Organizacyjny zajmie się wyszukaniem mieszkań i poczyni kroki celem uzyskania zniżek kolejowych tak dla członków Zjazdu, jak i ich rodzin. Staraniem Komitetu Org. będzie także zorganizowanie zwiedzania pamiątek Krakowa, jego najbliższej okolicy, Salin Wielickich i urządzenie wspólnej wycieczki do Zakopanego i Morskiego Oka.

Bliższe szczegóły zostaną podane w najbliższym czasie.

Za Komitet Organizacyjny

Dr. Jerzy Drozdowski m. p.
gen. sekretarz

Prof. Dr. W. Łepkowski m. p.
I. Przewodniczący

Dr. M. Haber m. p.
Skarbnik

D. J. Wodniecki m. p.
II. Przewodniczący

Dr. T. Merunowicz
Zast. Przewodniczących

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY
w AKADEMJI HIGJENICZNEJ w DREZNIE.

W dniach 26—31 marca r. b. odbędzie się w Akademji Higjenicznej w Dreznie kurs dokształcający dla dyplom. lekarzy-dentystów podł. programu: „Zębolecznictwo socjalne ze szczególnem uwzględnieniem szkolnej pielęgnacji zębów".

Kurs dokształcający urządzają: Niemiecki Centralny Komitet dla pielęgnacji zębów w szkołach, Związek lekarzy-dentystów zatrudnionych na posadach urzędowych, Krajowy związek lekarzy-dentystów Saksonji, Akademja Higjeniczna w Dreznie. Zwraca się uwagę na to, że liczne instytucje oddają pierwszeństwo przy obsadzeniu posad lekarzy-dentystów tym, którzy posiadają wykształcenie socjalno-higjeniczne.

Niżej podajemy program wykładów.

Poniedz. 26 marca: Dr. Konrad Cohn, Berlin: „Rozpowszechnienie próchnicy u młodzieży".
Priv.-Doc. Dr. H. Heinroth, Halle a. d. S.: „Odżywianie, ciąża a uszkodzenie zębów".
Prof. Dr. Stein, Lipsk: „Schorzenia zębów i jamy ustnej u dzieci".

Wtorek 27 marca: Dr. Veith, Drezno: „Pielęgnacja zębów w szkołach z demonstr. w klinice szkolnej".
Dr. Korkhaus, Bonn: „Ortodoncia, ze szczególnem uwzględnieniem wieku szkolnego".
Priv.-Doc. H. Heinroth, Halle a. d. S.: „Zawodowe uszkodzenia jamy ustnej".
Dr. Schadendorf, Drezno: „Nauczanie higjeny ludowej".

Środa 28 marca: Prof. dr. Weisbach, Drezno: „Bakterjologja i serologja w ramach działalności lekarza-dentysty".
Dr. Craney, Drezno: „Pielęgnacja dentystyczna szpitalna" z demonstr. w szpitalu miejskim w Friedrichstadt.
Zwiedzanie krajowej szkolnej kliniki dentystycznej (wraz o odczytem dentysty szkolnego Pragera).

Czwartek 29 marca: Priv.-Doc. Dr. Fetscher, Drezno: „Dziedzictwo a nauka o rasie (eugenika)".
Prof. Dr. Grote, Drezno: „Konstytucja a uzębienie".
Prof. Dr Hempelmann: „Filogenetyczny rozwój szczęki i zębów".
Dr. Michael, Drezno: „Nowoczesna technika preparowania" z demonstr. preparatów.

Piątek 30 marca: Priv.-Doc. Dr. Fetscher, Drezno: „Dziedzictwo a eugenika".
N. N.: „Paradentosy".
Prof. Dr. Weisbach, Drezno: „Bakterjologja i serologja w ramach działalności lekarza dentysty".

Sobota 31 marca: Wyjazd do Lipska.
Prof. Dr. Stein, Lipsk: „Organizacja szkolnej pielęgnacji zębów"; zwiedzanie szkolnej kliniki dentyst.
Dr. Parreidt, Lipsk: „Organizacja zawodowa lekarzy-dentystów".
Dr. Hartwich, Lipsk: „Lekarz-Dentysta w ubezpieczeniu od chorób".
Prof. dr. Stein, Lipsk: „Schorzenia zębów i jamy ustnej w dzieciństwie".

Informacyj, dotyczących uczestnictwa, opłat, mieszkania i t. d. udziela redakcja „Echa Dentystycznego".

Już niema bólu

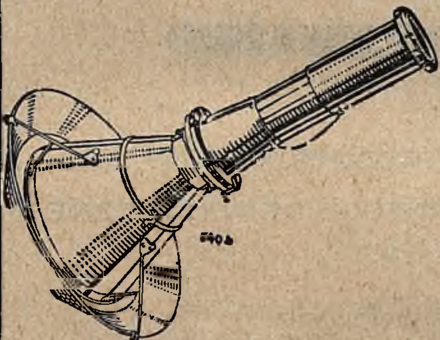
przy stanach zapalnych nerwu trójdzielnego, trudnem wykłuwaniu się zębów, przy t. zw. szczękościsku, zapaleniu dziąseł, śluzówki jamy ustnej, zapaleniu ozębnej i okostnej (obrzęki). Szybkie ustąpienie objawów niedokrwienia, wywołanych działaniem suprareniny.

Wpływ uśmierzający na ból

po ciężkich wyjęciach zębów, odcięciu wierzchołka, wyłuszczeniu torbieli, replantacjach, wyłeżeczkowaniu, dłutowaniu szczęki i doszczętnem wyłuszczeniu podług Neumann'a

SĄ TO ZNANE TEURAPENTYCZNE SKUTKI DZIAŁANIA

SOLLUX-LAMPY – „ORIGINAL HANAU"



Efekt działania Lampy-Sollux znacznie potęguje

RURA USTALAJĄCA

(Localisations-Tubus)

PODŁUG D-ra KEFFER'A, STRASSBURG

nadająca się do każdej małej lub dużej SOLLUX-LAMPY.

Najważniejszą zaletą rury ustalającej jest łatwość stopniowania odległości naświetlania, co umożliwia dokładne dawkowanie działania przekrwienia. Odpada niewygodna i uciążliwa ochrona oczu.

Rura ustalająca może — w przeciwieństwie do Sollux-Lampy bez rury — być wyciągnięta na całą długość, tak, że pierścień korkowy reflektora może ściśle przylegać do skóry.

DRUKI BEZPŁATNIE

QUARZLAMPEN-GESELLSCHAFT

HANAU M. B. H. POSTFACH 1117

Mc. CORMICK'A KAUCZUK
DO CELÓW DENTYSTYCZNYCH

JAK SIĘ PRZEDSTAWIA SPRAWA KAUCZUKU?



Mc. CORMICK'A
KAUCZUK DO CELÓW DENTYSTYCZNYCH

zawsze zadawalniał lekarza-dentystę i pacjenta,
ponieważ

jest mocny i ryzyko złamania się jest wykluczone,

jest lekki,

nie jest porowaty.

Lekarze-dentyści i technicy dentystyczni chętnie oddają pierwszeństwo naszemu kauczukowi, gdyż bywa on dostarczany zawsze w tem samem gatunku, łatwo się upycha i dobrze się poleruje.

Żądać we wszystkich składach dentystycznych

Davis, Schottlander & Davis, London W1

Zastępstwo jeneralne na Polskę wyłącznie sprzedaży hurtowej:

Arthur Sommerfeld, Berlin SW 68, Zimmerstr. 13.







Dowody po upływie 17, 18 i 19 lat

. . . . przy tej sposobności komunikuję W. P., że niedawno temu miałem możność **podziwiać u pacjentów plomby Ascherowskie,** które założyłem przed **17 laty . . . po 17 latach znalazłem przy głęboko drążącym ubytku żyjącą miazgę . . .** Dr. C. R.

. . . **a plomby Ascherowskie są najtrwalsze . .**
Dr. R. D.

. . . . **od roku 1907** używam cementu Aschera i jestem dotychczas z niego **bardzo zadowolony . . .**
Dentysta K.

. . . . komunikuję W. P., że od **lat 18** używam wyłącznie preparatów Aschera . . . rekomenduję wszędzie preparaty Aschera . . . . w tych dniach widziałem pacjentkę, której w **roku 1914 wypełniłem 2 ubytki w siekaczach. Forma oraz kolor plomb są zupełnie niezmienione . . .** w tych dniach tłumaczyłem ponownie firmom, **że preparaty Aschera są najlepsze . . . .** Dentysta H.

. . . . będziemy używali jedynie A. K. Z. . . . .
Klinika Uniwersytecka.

Oto kilka z licznych wyrazów uznania, które zostają nam nadesłane przez lekarzy-dentystów. Są one dowodem pierwszorzędnej jakości i nieszkodliwości naszego

„SZTUCZNEGO SZKLIWA ASCHERA"

Jest to cement krzemowy, który pod względem jakościowym przewyższa każdy inny preparat. Odporny na działanie czynników mechanicznych i chemicznych. Przyjemny przy pracy, zupełnie podobny do zęba.

TOWARZYSTWO „ASCHER" z o. o., BERLIN W 8

CENY OGŁOSZEŃ:

1/1	str. na okładce			Zł.	100.—
1/2	„	„	„	„	60.—
1/4	„	„	„	„	35.—
1/1	str. za tekstem			Zł.	75.—
1/2	„	„	„	„	40.—
1/4	„	„	„	„	25.—

Zł. 9.— = U. S. A. $ 1.— = Rm. 4.20

30 LAT ZWYCIĘSKO

kroczą nasze preparaty

agen, Translucin, Drala cement kamienny, Drala
nt korzeniowy, Drala cement fosfatowo-cynkowy

które zdobyły cały rynek światowy. 30 lat świadomego celuześrodkowania w dziedzinie cementów dentystycznych wyrobiły tak mocne przekonanie co do dobroci naszych materjałów, że teraz pozwalamy sobie oddać do dyspozycji opinji publicznej

nowy cement krzemowy

o górójącej jakości:

DRALALITH

w DRALALITH-CEMENCIE KRZEMOWYM

Niemiecka wytwórczość cementów dentystycznych ofiaruje specjalistom możność w wysokim stopniu precyzyjnego wykonania odbudowy

zębów przednich

gdyż płyn colloidalny krzemowo-fosforowy całkowicie wiąże bez odczynu przepalony proszek porcelanowy Dralalith.

Wynik:

twardość, trwałość brzegów i kantów, bogactwo materjału, nieszkodl. dla miazgi
w

na całym świecie niezrównanym Dralalicie

Jedyni producenci:

DRA ABRAHAMS'A LABORATORJUM D
BERLIN-HALENSEE, KATHARINENSTRASSE

JENERALNE ZASTĘPSTWO NA POLSKĘ i GDAŃSK:
A. NEUMANN, WARSZAWA, ŻÓRAWIA

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH SKŁADACH DENTYST